24.

DU PRONOSTIC OPÉRATOIRE

DES

FIBROMES DES PAROIS ABDOMINALES

PAR

Harward TURNER

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS
MEMBRE DE LA « ROYAL STATISTICAL SOCIETY » DE LONDRES
MEMBRE DE LA « ROYAL MICROSCOPICAL SOCIETY » DE LONDRES

PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, RUE ANTOINE-DUBOIS, 4

1895

A mon cher ami le
Dr Tocker

DU PRONOSTIC OPÉRATOIRE

DES

FIBROMES DES PAROIS ABDOMINALES

PAR

Harward TURNER

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS
MEMBRE DE LA « ROYAL STATISTICAL SOCIETY » DE LONDRES
MEMBRE DE LA « ROYAL MICROSCOPICAL SOCIETY » DE LONDRES

PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, RUE ANTOINE-DUBOIS, 4

1895

A LA MÉMOIRE DE MON ARRIÈRE GRAND-ONCLE :

FRANCIS TURNER, de Yarmouth,

Chirurgien.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RECLUS,

Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE.

Médecin des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22439080

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

I

INTRODUCTION

La question des tumeurs de la paroi abdominale paraissait, dans ces derniers temps, absolument tranchée. Des travaux importants de ces dernières années, il résultait, grâce à l'antisepsie, qu'il fallait toujours se résoudre à une opération radicale. C'est évidemment à ce parti qu'il faut s'arrêter; on sauvegarde ainsi, et l'intérêt du malade et l'honneur chirurgical.

Le péritoine, ce *noli me tangere* des anciens chirurgiens, n'offre plus ces désespérantes déceptions qui faisaient reculer les meilleurs opérateurs. Mais est-ce dire que, sans crainte du péritoine, sans redouter les dangers d'un délabrement quelquefois considérable, il faille toujours et quand même, opérer d'une façon complète, au risque d'être amené à disséquer ou à lier préventivement un vaisseau de l'importance de l'iliaque primitive, par exemple. Nous ne le pensons pas, et c'est ce qui nous a suggéré ce travail.

Nous connaissons, depuis deux ans, le malade qui fait l'objet de l'observation principale de cette thèse; nous avons été à même de le suivre et de juger des progrès qu'a faits la tumeur dont il est question. Les quelques observations que nous avons

retrouvées, dans la littérature médicale ancienne nous ont confirmé dans l'intention que nous avions de chercher à fixer ce point de chirurgie.

Dans certains cas, rares, il est vrai, alors que l'opération radicale mettra en jeu d'une façon immédiate la vie du malade, il sera permis de limiter l'intervention, au risque de laisser l'ablation de la tumeur incomplète. Le malade gardera la conviction qu'il est guéri, et le chirurgien confiant dans la non récidive du néoplasme aura conscience qu'il a été utile et non nuisible à son malade.

La récente communication à la Société de chirurgie, faite par notre aimé maître M. le docteur Reclus, a attiré de nouveau l'attention sur ces tumeurs fibreuses de la paroi abdominale, alors que cette question paraissait complètement épuisée, elle a mis en relief un point nouveau : nous voulons dire le pronostic à distance des fibromes de la paroi abdominale incomplètement enlevés. Il a montré que, contrairement à ce qu'on croyait, ils ne récidivent pas. Les fibromes purs doivent être rangés dans la catégorie des tumeurs dites bénignes, mais, que de fois alors qu'on pensait avoir affaire à des fibromes purs, l'examen histologique a révélé la présence d'éléments sarcomateux ou réciproquement. Le diagnostic est-il toujours possible pendant qu'on enlève la tumeur ? S'il en était ainsi la règle suivante s'imposerait : enlever complètement les tumeurs fibro-sarcomateuses au risque même de compromettre la vie du malade par l'acte opératoire lui-même. Ce que nous savons aujourd'hui du pronostic, permettra de se limiter ; c'est là le point que nous désirons établir.

Est-ce à dire qu'il faut s'attaquer à toutes ces tumeurs fibreuses des parois abdominales, quelque volume qu'elles puissent avoir ? Evidemment non. Les indications opératoires en général restent les mêmes, avec cette distinction toutefois

qu'un fibrome plongeant dans la fosse iliaque adhérant à l'aponévrose qui la tapisse et qu'on suppose inopérable cessera de l'être, si on songe qu'on peut abandonner dans la plaie la partie du néoplasme, dont l'ablation est par trop dangereuse pour le malade.

Qu'il nous soit permis maintenant, après avoir adressé l'expression de notre gratitude à ce pays, qui nous a donné pendant plusieurs années une si large et si généreuse hospitalité, d'exprimer à nos maîtres de la faculté de Lille et de Paris, notre reconnaissance pour leur enseignement si bienveillant.

A la Faculté de Lille nous avons eu l'honneur d'être l'élève de MM. les professeurs Folet, Debierre et Moniez, qui nous ont fait un accueil si bienveillant, que nous désirons leur exprimer ici notre vive gratitude.

Nous ne saurions oublier que nous avons été l'élève du regretté professeur Le Fort; et nous avons suivi pendant deux ans les remarquables leçons de notre cher maître M. le docteur Reclus, qui nous a accueilli avec tant de bienveillance, et a bien voulu nous faire si largement profiter de son enseignement si clair et de son sens clinique si élevé.

C'est à M. le professeur Jaccoud et à M. le docteur Achard, que nous devons nos premières leçons de clinique médicale.

Enfin M. le docteur Maygrier, nous a initié à l'étude de l'obstétrique.

Qu'ils reçoivent l'hommage de notre reconnaissance.

Nous remercions également MM. les docteurs Brissaud, Ricard, Lejars, Beurnier et Chavane, des bienveillants et amicaux conseils qu'ils n'ont pas cessé de nous prodiguer pendant le cours de nos études.

Que M. le professeur Laboulbène veuille bien agréer aussi l'expression de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

II

HISTORIQUE

Sans vouloir remonter très loin dans la littérature médicale, on peut considérer l'année 1860-1861, comme l'une des premières étapes de la question.

Le mémoire d'Huguier (1860), la thèse de Bodin (1861) venant après les opérations isolées de Sappey, Limange, Langenbeck, Vernenil, etc., ont donné une nouvelle impulsion à cette étude, et la clinique de Nélaton (1882), publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, montre bien que les fibromes abdominaux étaient devenus de toute actualité. Aussi ne tarderons-nous pas à voir le mouvement s'étendre à l'étranger.

Les élèves d'Esmark, Cornils (de Kiel), et Suadiciani celui-ci préoccupé surtout de la résection du péritoine pour l'opération complète, font paraître deux mémoires importants, en même temps qu'en Amérique Baker-Brown (1870), en Danemark, Buntzen et Boye (1872), témoignent par leurs écrits que cette question était devenue à l'ordre du jour.

Alors commence la phase vraiment chirurgicale ou nous retrouvons les travaux de Guyon, Salesse, Nicaise (1878), Guerrier, Damalix, Labbé et Remy (1888), Segond (1890) et à

l'étranger ceux de Grätzer (Breslau 1879)! Thomas, Hanks, Cornelius, Williams, etc.

A partir de ce moment, le sujet semble épuisé, du moins en ce qui concerne les grandes lignes. Les années suivantes sont marquées par un certain nombre d'observations ou de communications isolées aux Congrès ou aux Sociétés savantes. L'intérêt qu'a présenté, au point de vue chirurgical de l'étude des fibromes de la paroi abdominale, a donné naissance à une littérature très riche, mais ce qui domine surtout ce sont les modifications opératoires et pronostiques.

La question des connexions de la tumeur a d'abord été l'objet de l'attention des chirurgiens. Y a-t-il un pédicule ? D'où proviennent ces tumeurs ? Viennent-elles des muscles, des aponévroses ? — Ces questions résolues, survint celle des adhérences avec le péritoine et les organes voisins. Fallait-il décortiquer ou réséquer la séreuse ? L'antisepsie seule permit de régler définitivement ces deux points.

Il existe, à côté des fibromes à évolution lente, d'autres tumeurs douloureuses et s'accroissant rapidement, que quelquefois l'examen histologique démontre être des fibro ou des myxo-sarcomes ; mais dans d'autres cas ce sont des fibromes purs, auxquels on a donné le nom de fibromes malins. Les premiers ont été rangés dans la catégorie de tumeurs bénignes, les seconds dans la catégorie de tumeurs malignes, c'est-à-dire récidivant presque à coup sûr, lorsqu'on n'en a pas fait une large ablation. Comment trancher la question ? Il n'y a pas d'autres moyens que de faire l'examen histologique. On obtient ainsi une certitude, mais combien de temps après l'opération ?

Telle était, au moment de la communication de M. Reclus, les idées chirurgicales. En produisant des faits dans lesquels

la récidive ne s'était pas produite après une opération incomplète, la question se trouvait ainsi posée : La récidive est-elle fatale, quand le chirurgien se sera vu obligé de laisser un fragment de tumeur au fond de la plaie ?

III

PRONOSTIC

On peut diviser les fibromes de la paroi abdominale en fibromes sous-cutanés intra-pariétaux et en fibromes plongeant dans la cavité abdominale. Cette division, qui est surtout une division clinique, ne prouve pas que les fibromes sous-cutanés ou intra-pariétaux ne puissent pas plus tard, par leur développement, en acquérant des dimensions excessives, envahir toutes les couches de la paroi et plonger ensuite dans la cavité abdominale; mais si nous avons fait cette division, c'est qu'on peut observer ces différents types.

A côté de ceux-ci il y a d'autres fibromes développés primitivement dans la fosse iliaque même, ou dans le point où la paroi vient fermer en avant la ceinture abdominale.

De même que les fibromes plongeant dans l'abdomen, les fibromes naissant dans l'aponévrose sous-péritonéale du bassin acquièrent assez vite des adhérences avec le péritoine et les organes voisins.

Les fibromes sous-cutanés et intra-pariétaux peuvent former une première catégorie; au point de vue du pronostic le chirurgien est maître de la situation. Généralement encapsulés, faciles

à énucléer, présentant rarement de pédicule, la guérison se fait comme dans une plaie simple, par première intention.

A peine peut-on réserver les cas, dans lesquels, à la suite de l'ablation d'une grosse tumeur, la cicatrice vient, à céder sous l'influence d'efforts répétés dus à un travail pénible, ou se laisser distendre par la grossesse, puisque le fibrome de la paroi abdominale est l'apanage presque exclusif de la femme.

Mais en est-il de même pour la seconde catégorie, c'est-à-dire des fibromes juxta-péritonéaux et adhérents.

De l'avis général des chirurgiens, l'extirpation de la tumeur est l'unique indication, et de plus, cette extirpation doit être totale, autant que possible. Il est des cas où les adhérences sur les parties voisines sont considérables. Peut-on, pour éviter de léser un organe important, de lier l'artère iliaque externe, par exemple, faire une extirpation incomplète de la tumeur ? « Lorsque les adhérences sont intimes, surtout avec le péritoine, les difficultés opératoires sont grandes pour l'extirpation complète, » dit Segond (*Semaine médicale*, 1888, p. 457).

« Pour tourner ces difficultés opératoires, on a bien proposé de faire des opérations incomplètes et de laisser au fond de la plaie la quantité de tumeur nécessaire pour éviter l'ouverture de la séreuse. Mais ne pas opérer du tout vaut cent fois mieux qu'une semblable intervention » (Segond), et c'est là l'opinion de tous les auteurs qui se sont occupés de la question.

Si nous recherchons, dans les traités classiques « on n'a observé la récidive de l'affection que dans les cas d'ablation incomplète » (Gross, Vautrin, Rohmer).

C'est aussi l'avis de Peyrot dans le *Manuel de pathologie externe*. Michaux, dans le *Traité de chirurgie*, conclut dans le même sens. « Doit-on ne pas hésiter à ouvrir le péritoine pour ne pas laisser dans la plaie une portion de la tumeur qui deviendra probablement le point de départ d'une récidive lo-

cale ? » (Terrillon, 1886, *Bulletin de thérapeutique*). C'est aussi la conclusion de Nicaise, Demalix, Labbé et Rémy.

Mais il faut distinguer, comme nous le disions plus haut, entre les fibromes purs et les fibromes associés. « Tandis que les fibromes purs ont une évolution lente et qu'ils mettent quelquefois quinze ou vingt ans à acquérir un volume considérable, vous voyez au contraire les fibro-sarcomes présenter une marche beaucoup plus rapide..... Cette variété donne plus souvent lieu à des opérations, et lorsque l'extirpation n'est pas parfaite, on voit se produire très facilement la récidive locale (Nicaise).

Combien pourtant est difficile le diagnostic clinique et histologique entre les fibromes purs et les fibro-sarcomes, entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes, facilement récidivantes. L'opération incomplète n'aurait donc pas sa raison d'être ; les auteurs s'appuient, pour le prouver, sur l'observation de Gosselin, rapportée dans la thèse de Bodin, dans laquelle la tumeur adhérait au péritoine. Gosselin laissa dans la plaie une faible portion de la tumeur pour ne pas ouvrir la séreuse.

Vingt jours après l'opération, il voit à la partie interne de la tumeur un noyau de tissu malade gros comme une noix, qui augmente de volume, et Gosselin y plante des flèches de chlorure de zinc. — Après la chute de l'escarre il voit que presque toute cette masse a été détruite. Quinze jours après la plaie est cicatrisée ; la malade, revue un an après, ne présente pas de RÉCIDIVE NOUVELLE.

Une deuxième observation appartient à Esmark et fut publiée dans le travail de Cornils (de Kiel). La séreuse fut légèrement blessée pendant l'opération, on laissa au fond de la plaie une portion de la tumeur. Deux ans après la malade meurt à la suite de couches, son entourage a remarqué que pendant la grossesse la tumeur avait augmenté.

Ces deux observations de récidive sont à la vérité très peu probantes et nous ne savons pas jusqu'à quel point, dans la seconde observation, l'augmentation de la tumeur sous l'influence de la grossesse peut être considérée comme une récidive dans le vrai sens du mot. Nous savons que sous l'influence de l'état puerpéral, les tumeurs en général, en raison de l'état nouveau apporté à la femme par la conception, subissent un certain degré d'accroissement qui cesse ordinairement avec elle et souvent rétrocède dans la suite.

N'en est-il pas de même pour les enfants chez qui les tumeurs, bien que rares, évoluent dans leurs tissus jeunes et en voie de rénovation constante avec une rapidité vraiment prodigieuse. L'observation de Temoin, peut-être unique (Congrès de chirurgie, (1893), en est un exemple des plus frappants.

On pourrait opposer dans tous les cas, à ces faits non probants, l'observation de Laroyenne (1869, *Gazette des hôpitaux*), qui fit une ablation incomplète, non suivie de récidive. Enlevant un fibrome kystique de la paroi abdominale, pour ne pas entamer la séreuse il abandonna au fond de la plaie une légère portion de la tumeur, la malade guérit. Cinq mois après il n'y avait pas de récidive. Ce fait est d'autant plus remarquable que l'examen histologique montra, à côté du tissu fibreux, des éléments jeunes ; il s'agissait donc d'un *fibro-sarcome.*

Il faut joindre enfin l'observation principale que nous publions plus loin, où le fibrome présentait tous les caractères des tumeurs *malignes*, puisque l'observation publiée il y a douze ans portait en tête la qualification de fibrome malin.

La littérature médicale d'aujourd'hui, et cela est facile à concevoir, ne nous offre aucune observation à l'appui de notre dire, puisque le péritoine n'est plus considéré par le chirurgien comme une barrière infranchissable, et que les adhérences aux organes importants sont rares. Mais supposons de nouveau

des cas analogues à celui dont nous publions tous les détails, l'habileté chirurgicale, la sécurité que donne l'antisepsie, n'empêcheront pas qu'il ne sera quelquefois utile pour le malade de faire une opération incomplète.

IV

OBSERVATION N° I.

La première partie de cette observation a été publiée dans la thèse de Maksoud-Cherbetian, 1883; la suite prise par nous dans le service de M. Reclus, 1895.

Observation. — *Fibrome malin de la fosse iliaque, chez un homme ayant contracté des adhérences multiples avec les vaisseaux iliaques externes, l'épiploon, le péritoine, l'intestin, etc..... Opération par morcellement; récidive rapide* (1883) ; *tumeur restée stationnaire depuis* (1895).

E... Georges, cordonnier, âgé de 45 ans, est entré à l'hôpital de la Pitié le 3 juillet 1883, dans le service de M. le professeur Verneuil, où il occupe le lit n° 18, dans la salle Michon. Cet homme s'est bien porté jusque dans ces derniers temps.

Il n'a aucun antécédent héréditaire digne de remarque : son père et sa mère sont morts d'accidents.

Lui-même, dans son enfance, n'a eu aucune affection strumeuse, ni affection vénérienne dans sa jeunesse.

Il n'a pas eu non plus d'attaque rhumatismale aiguë ou chronique. Pas de névralgies, pas de migraines, mais du flux hémorrhoïdal périodique pendant cinq années de suite.

Il y a huit mois, il a souffert de coliques de plomb, pour lesquelles il a été soigné plusieurs semaines dans le service de M. Dumontpallier, sans avoir toutefois présenté d'autres accidents de saturnisme. Il n'a jamais reçu de coups violents dans la région où il souffre.

Le malade prétend que son mal a débuté il y a quatre mois sans causes connues, par des alternatives de diarrhée et de constipation, qui étaient accompagnées de coliques peu violentes. Cette diarrhée a persisté pendant un mois, et puis après il n'en était plus question.

Un beau jour, le malade porte sa main par hasard à l'aine droite, et, à sa grande surprise, il y découvre sans peine, l'existence d'une tumeur qui avait à peu près le volume d'une noix ordinaire.

Cette tumeur était située au-dessus de l'arcade crurale, presque au milieu de l'aine, immédiatement sur la peau, et cette dernière avait parfaitement conservé son aspect normal, ne possédant aucune adhérence avec la grosseur. Cette grosseur était mobile en tout sens, et roulant sans difficulté sous le doigt.

Au commencement, le malade n'a pas attaché beaucoup d'importance à son mal, car il n'en était nullement gêné, mais un peu plus tard, il a commencé à ressentir des douleurs dans sa tumeur même, qu'il compare volontiers à des coups de canif, dont la durée était très courte, presque instantanée.

Mais un peu plus tard, la tumeur commença à faire des progrès, et presque à vue d'œil, elle augmenta de volume, et les douleurs dont nous avons parlé n'eurent plus ce caractère d'instantanéité, mais au contraire elles durèrent des heures entières (2 à 6), et empêchèrent le malade de vaquer à ses occupations, mais une fois la douleur disparue, tout se remettait en ordre, et le malade reprenait ses occupations journalières comme si rien n'était.

Les souffrances, les progrès rapides de la tumeur n'ont eu aucune influence sur la santé générale du malade ; il est toujours fort, robuste, vigoureux, mangeant bien, digérant parfaitement bien, frais, rose comme un homme qui n'a jamais souffert.

Depuis quatre mois qu'est le commencement de la maladie (ne tenant aucun compte de la diarrhée, qui n'avait certainement aucune relation avec sa grosseur), la tumeur a pris une marche d'une rapidité telle qu'elle a forcé le malade d'entrer dans le service de M. Verneuil, où nous le voyons et où nous constatons ce qui suit :

A la vue, nous remarquons un très léger soulèvement de la fosse iliaque, après la palpation, nous découvrons que ce soulèvement est le résultat, sous les téguments doublés de graisse, d'une tumeur ayant une forme ovoïde et présentant des contours parfaitement délimités.

Elle s'étend perpendiculairement, de l'arcade crurale à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et horizontalement, un travers de doigt de chaque côté de l'épine iliaque.

La mensuration nous fournit à peu de chose près de 12 centimètres en travers et 8 centimètres en hauteur.

La tumeur est lisse, un peu irrégulière à sa surface, à consistance très dure, sans présenter aucune mollesse, qui aurait pu nous faire croire à l'existence d'un point fluctuant. La peau est mobile à sa surface. Aucune adhérence entre la tumeur et cette dernière, mais on sent qu'il y a adhérence de la tumeur à l'arcade de Fallope.

On peut, dans une certaine mesure, la mobiliser, mais cette mobilisation ne peut se faire en tout sens. C'est-à-dire que quand on cherche à enfoncer la tumeur dans la profondeur, on y parvient sans peine, mais si on veut faire la même manœuvre de la profondeur à la superficie, on échoue complètement.

La tumeur est profondément enfoncée dans la fosse iliaque droite.

Le malade étant dans le décubitus dorsal absolu, si on l'invite à s'asseoir, tout en lui mettant obstacle d'accomplir cette action, on voit que la tumeur, au moment de la contraction des muscles abdominaux, s'immobilise et se durcit.

Nous n'avons constaté, et le malade lui-même n'a constaté à aucun moment un trouble fonctionnel quelconque ; la marche s'effectue sans peine, sans douleur et difficulté. L'estomac est dans un excellent état ; il n'est plus question de cette diarrhée qui, d'ailleurs, ne dure qu'un mois en tout et pas continuellement.

Le malade ne sent aucune douleur qui soit la conséquence d'une

compression des vaisseaux ; car le malade, depuis le début de son mal, n'a jamais eu la jambe du côté malade œdématiée.

Foie. — Nullement volumineux ; on ne sent aucun engorgement.

Rien au poumon ni au cœur.

Opération, 28 *octobre* 1883.

M. Verneuil a procédé comme s'il avait à lier l'artère iliaque externe ; il a commencé son incision à 2 centimètres en dedans de l'épine iliaque et utéro-supérieur, en la prolongeant jusqu'à 3 centimètres de l'épine pubienne. Il s'est proposé, avant l'opération, que s'il trouvait des adhérences avec le péritoine, qu'alors il réséquerait ce dernier en faisant une hémostase absolue, et qu'enfin il terminerait l'opération en faisant la suture et le drainage de la plaie. Et si au contraire, il ne trouvait pas d'adhérences avec le péritoine, alors il ferait une suture complète.

M. Verneuil a procédé comme il s'était promis de faire. Il a fait une incision à la peau, parallèle à l'arcade de Falloppe, à 1 centimètre de cette arcade

Le volume de la tumeur étant très considérable, M. Verneuil a été obligé d'allonger un peu son incision primitive qu'à la fin de l'opération, elle mesurait presque la longueur de l'arcade crurale, et cela même n'a pas suffi, et M Verneuil a été forcé de faire une autre incision perpendiculaire à la première.

Il a fait en passant la ligature des artères circonflexe et épigastrique. M. Verneuil, après avoir coupé l'aponévrose du grand oblique et le muscle du petit oblique, arriva sur la tumeur. A ce moment, il constate l'adhérence intime du néoplasme avec le bord externe du muscle grand droit, et le bord inférieur du muscle transverse, qu'il a fallu pour ainsi scinder pour le séparer de ces dernières.

Après cette libération il a passé son doigt au dessous d'un gros pédicule qui unissait la tumeur à la crête iliaque et l'a sectionné.

L'opération faisait des progrès, M. Verneuil s'aperçut de l'adhérence de la tumeur avec le péritoine qu'il fut forcé d'ouvrir ; et

puis, même adhérence avec trois cordes épiploïques qui furent liées sur place et puis coupés. La tumeur étant à présent libérée de partout, M. Verneuil bascula la tumeur et constata qu'une anse de l'intestin grêle faisait corps avec elle.

La mobilité de la tumeur se trouvant augmentée, mais ne pouvant être extirpée en totalité, M. Verneuil coupe la tumeur en deux pour l'extirper morceau par morceau.

A ce moment, un jet de sang assez considérable inonda la plaie ; il fut aisé de jeter un fil sur l'artère qui provenait certainement de l'iliaque externe.

La résection fut poussée aussi loin que possible, ce qui l'obligea de sectionner l'ouraque d'abord et le cordon spermatique ensuite.

M. Verneuil n'a pas tardé à voir qu'il n'y avait pas seulement les organes que nous avons mentionnés plus haut, qui possédaient des adhérences avec la tumeur, mais que ces adhérences existaient aussi avec la gaine des vaisseaux iliaques ; on extirpa donc la tumeur le plus qu'on put, et on laissa une partie qu'il n'aurait pas été facile d'enlever sans mettre en danger l'artère.

Après avoir nettoyé et lavé la plaie avec de l'eau phéniquée forte, mis plusieurs points de suture et drainé chaque extrémité de la plaie, on a fait un pansement de Lister par dessus le tout.

Le 29, le jour de l'opération, a été assez calme, si ce n'est que le malade est oppressé, ressentant certaines douleurs vagues dans le creux de l'estomac. Il a eu un certain moment de la journée de l'hypothermie ; le thermomètre marquait à midi et à trois heures 36°2. Le pouls ce jour-là n'a pas été compté.

Le malade a pris un peu de bouillon, qu'il n'a pas pu garder et l'a rendu presque immédiatement. L'interne du service lui a administré une pilule d'extrait thébaïque de 5 centigr. Il a fait en même temps recouvrir l'abdomen de glace.

Ses urines sont normales.

Voici la température des différentes heures de la journée :

Le matin de l'opération, 37°2 : après l'opération à midi, 36°2 ; à 3 heures, 36°2 ; à 5 heures, 36°4 : à 7 heures 37°7.

Le 30, le matin, le malade est un peu oppressé, il a 52 inspirations par minute, pouls 92, température 39°.

Contre l'oppression, M. Verneuil administre 1/2 centigramme de chlorhydrate de morphine en injection sous-cutanée.

Le malade a la face un peu rouge. Comme aliment, on lui donne du lait, du bouillon et du vin de Banyuls.

Le ventre est souple, aucune douleur abdominale qui pourrait faire croire à l'existence d'une inflammation de la séreuse péritonéale.

Le malade ne se plaint que de son oppression.

Le 31, pouls, 100 : température, 38°8 ; respiration, 40.

L'oppression de la veille a complètement disparu.

La soif est vive, pas de nausées, les urines sont normales.

La langue est humide, couverte d'un enduit blanchâtre.

Il a mangé un œuf hier, et il n'a pas pu le garder.

Depuis le jour de l'opération, il a changé aujourd'hui pour la première fois son pansement sous la pulvérisation phéniquée.

Tout autour de la plaie existe un peu de rougeur, d'empâtement et de sensibilité, par conséquent un peu de phlegmon.

Au moment où on a retiré les drains des deux ouvertures de la plaie, il a coulé très peu de pus, mais pas de sang.

Il n'a pas eu de frisson, mais en revanche il a une nuit assez agitée, dormant mal et rêvant beaucoup.

1er novembre. La température est montée hier au soir à 39° ; ce matin, 38°3. Pouls, 88. Resp. 36.

Il a mangé une assiettée de potage, qui d'ailleurs a très bien passé, il a eu envie de vomir. Langue humide, recouverte d'un léger enduit blanchâtre.

Les urines sont normales.

Changement du pansement.

Il se plaint de douleurs de la face interne de la cisse droite. Cela n'est nullement étonnant, car le nerf crural au moment de l'opération a été touché. Il continue à souffrir de sa plaie, mais moins que les jours précédents.

La circonférence de la plaie est moins empâtée.

Il n'a pas pu dormir cette nuit. A cause de cela il parait très fatigué.

En somme, l'état général n'est pas mauvais, tout marche à souhait, et le malade lui même se trouve assez bien.

Le 2, T. 38°6. P. 82. R. 35.

Hier, vers 1 heure après-midi, il a vomi des matières bilieuses.

Vers le soir, il a pu manger un peu de potage et un œuf à la coque

L'interne de service lui a administré une cuillerée de chloral qui a été rendu immédiatement après, après quoi, il lui a fait une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine, qui a beaucoup aidé le malade à passer une bonne nuit.

La langue est bonne.

L'appétit est excellent. Pour la première fois il a pu mâcher un morceau de bifteck et a bu un verre de vin.

Changement de pansement.

La plaie ne le fait presque pas souffrir, si ce n'est quand il tousse.

La plaie suppure et il est en train de se former une petite collection purulente.

Le 3, hier au soir 39° de T. Ce matin, 38°6. P. 88. R. 32.

Langue bonne, appétit bon, aucune envie de vomir, toujours absence de sommeil Le ventre n'est toujours pas sensible.

Le malade se trouve assez bien. Depuis le jour de l'opération, il n'est pas allé à la garde-robe ; on lui a administré un purgatif léger.

Le 4, T. 38°9. P. 88. R. 36.

Excepté le sommeil, tout va à souhait, il est allé à la selle hier sans lavement ni purgatif.

Rien autre digne de remarque

Le 5, T. 38°. P. 94. R. 36.

Même état qu'hier, si ce n'est que le phlegmon de la plaie s'est ouvert à l'extérieur.

Il a à la partie antéro supéro-externe, près de l'épaule droite, un abcès ayant à peu près 15 centimètres de diamètre. Il y a deux mois, il a eu une brûlure tout près de cet abcès. M Verneuil ne considère pas cela comme une septicémie embolique ; pour lui, c'est un lieu de moindre résistance.

Changement de pansement.

La plaie, jusqu'à présent, n'est pas désunie.

Le 6, T. 38°6, P. 104°. R. 32°.

Même état qu'hier : le malade est allé deux fois à la selle. Il a eu un peu d'oppression hier.

Son abcès est dans le même état, si ce n'est qu'il y a un peu plus de rougeur et de tuméfaction ; il en souffre très peu.

Changement de pansement.

Le malade a maigri depuis le jour de l'opération.

M. Verneuil a ordonné de faire des badigeonnages de teinture d'iode sur l'abcès.

Le 7, T. 37°9. P. 100. R. 32.

Le malade va toujours assez bien, il ne se plaint de rien.

La plaie a bon aspect.

Changement de pansement.

Le 8, T. 37°9. P. 92. R. 32.

Aucun changement appréciable depuis hier.

Changement du pansement.

Le 9, T. 37°6. P. 80. R. 24.

Depuis le jour de l'opération, voilà la première fois que nous voyons le thermomètre à 37°6, température presque normale.

Le malade continue toujours à manger avec appétit.

Il est allé cinq fois à la selle, en diarrhée on ne sait pourquoi. Rien aujourd'hui.

Depuis que l'on a badigeonné l'abcès de la région pectorale avec de la teinture d'iode, il a diminué des trois quarts de son volume.

Le 10, T. 37°8. P. 88. R. 20.

Changement du pansement.

Le 11, T. 37°2. P. 80. R. 20.

Au moment où l'on allait changer son pansement, l'abcès, qui s'était développé à la partie supérieure du thorax, s'est ouvert tout seul, il en a coulé un demi-verre de pus de bonne qualité. On a pansé l'abcès avec un peu de gaze trempée dans de l'eau phéniquée.

Changement du pansement.

Le 12, T. 37°2. P. 88. R. 20.

Le petit abcès qui s'est ouvert hier est presque guéri.

Le malade va de mieux en mieux.

Changement du pansement.

Le 13, T. 37.2. P. 80. R. 20.

Le 14, T. 37°2. P. 80. R. 20.
Le 15, T. 36°2. P. 80. R. 20.
Le 16, T. 37°. P. 75. R 18.

C'est aujourd'hui, pour la première fois, que la température, le pouls et la respiration sont à l'état normal. Du reste, il faut dire aussi que les quelques dixièmes de degré, ou les quelques pulsations en plus, n'ont eu aucune influence sur l'état général du malade.

Le 17, T. 37°6. P. 80. R. 20.

Le malade va toujours aussi bien. La suppuration n'est pas complètement tarie, mais elle a diminué presque des trois quarts.

Le 18, T. matin 37°5 ; soir 37°8. P. 80. R. 20.

Nous ne savons à quoi est due l'élévation de température, mais le fait est que le malade est toujours gai et content.

Le 19, T. 37°4. P. 80. R. 20.

La plaie a un meilleur aspect La cicatrisation s'avance toujours.

Le 25, l'état général du malade va très bien ; il mange, il dort, il ne souffre nullement, la température ainsi que le pouls et la respiration sont devenus normaux. La plaie de l'opération est cicatrisée dans son milieu, il n'y a que les deux extrémités qui ne le sont pas encore, et par lesquelles il coule toujours un peu de pus.

On peut à présent considérer le malade presque guéri de son opération ; il n'en est pas de même quand il s'agit de savoir s'il est guéri de sa tumeur, *car elle est en pleine récidive.* Nous avons palpé son ventre et voilà ce que nous avons constaté : toujours peau souple, sans adhérence aucune avec la tumeur. Cette dernière dans l'espace d'un mois a fait des progrès aussi rapides qu'inattendus.

Elle remplit en ce moment presque toute la fosse iliaque droite. Perpendiculairement elle monte à deux travers de doigt et demi au dessus de l'ombilic, tandis qu'avant l'opération elle en était distante de trois travers de doigt ; et horizontalement elle mesure près de douze centimètres.

Il faudrait savoir si la récidive que nous avons constatée est due à des portions de tumeur qu'on a laissées sur l'intestin, et sur la gaine des vaisseaux iliaques externes, ou bien si elle est indépen-

dante de ces dernières, et que la récidive s'est faite aux dépens des parcelles de tissu malade qu'on a laissées dans la plaie.

M. Verneuil est disposé plutôt à accepter cette dernière hypothèse que la première. Il croit en effet, que si on avait même fait l'extirpation complète de la tumeur après avoir réséqué une portion de l'intestin grêle et quelques centimètres des vaisseaux iliaques, et en mettant complètement de côté le danger qu'on aurait fait courir au malade, on aurait vu toujours se faire cette récidive, car forcément on aurait laissé quelques parcelles de la tumeur, qui auraient passé inaperçues au moment de l'opération à cause de sa diffusion.

Examen macroscopique de la tumeur. — Une partie de la tumeur extirpée du foyer du malade présentait le volume d'un gros œuf de dinde, sans compter ce qu'il est resté dans la plaie sans pouvoir être enlevé. Nous l'avons coupé dans tous les sens, et nous n'avons pas trouvé un enkystement quelconque.

Le tissu de la tumeur était blanchâtre, et même il y avait des endroits qui ressemblaient à s'y méprendre à du tendon.

A sa surface existaient des racines innombrable qu'au moment de l'opération M. Verneuil a été forcé de couper à petits coups de ciseaux et au bistouri, et même, comme nous avons dit plus haut, il a été forcé d'enlever une partie du bord externe du muscle grand droit, et du bord inférieur du grand muscle transverse.

Ces adhérences étaient tellement intimes avec le tissu musculaire qu'il aurait été difficile, et même pour être plus dans la vérité nous dirons, impossible de séparer la tumeur des parties saines, tant il y avait une confusion de structure entre ces deux tissus Les adhérences n'étaient pas seulement avec les muscles, mais avec le ligament de Fallope, les aponévroses, l'épiploon, le péritoine, le cordon spermatique, l'intestin, les vaisseaux iliaques, etc.

Examen microscopique de la tumeur. — La tumeur durcie dans l'alcool absolu, par petites tranches, fut examinée dans les points les plus divers de la masse ; de la périphérie au centre, les ganglions, les muscles enlevés avec elle furent l'objet d'examen très minutieux Partout on trouva la même structure, le tissu fibreux

ici entourant quelques petits ilots de cellules étoilées, là, masses denses et solides, là encore étouffent les fibres musculaires du psoas iliaque qui se trouvent ainsi écartées les unes des autres et dissociées pour ainsi dire. Les ganglions n'avaient rien de spécial.

Nulle part on ne trouvait des éléments jeunes, et cependant cette tumeur s'accroissait rapidement, infiltrant les muscles, infiltrant les aponévroses, ce que démontre aussi la récidive rapide, il est très certain que le chirurgien voulant avant tout ne pas compromettre la vie du malade, est restée en de certains points dans la tumeur, et n'est pas arrivé aux limites du tissu morbide.

Nous doutons fort que l'examen des points en récidive donne un autre résultat que le précédent.

La tumeur était massive, dense, dure, laissant à la coupe exsuder de la sérosité transparente, et au raclage avec le bistouri ne donnant aucun élément cellulaire, les caractères microscopiques coïncident parfaitement et leur accord confirme notre diagnostic histologique, fibrome, expression à laquelle nous ajoutons, pour mieux déterminer l'évolution et la marche envahissante de la tumeur, le terme malin.

Depuis 1883. — Le malade reste après l'opération un an dans le service de M. Dumontpallier, puis sort de l'hôpital très bien portant. Il dit n'avoir jamais été gêné par la (prétendue) récidive constatée dans l'observation. Cependant l'éventration commençait à se faire, et ne fait qu'augmenter depuis sans que jamais le malade ait éprouvé aucune gêne du côté de l'abdomen, ou de l'intestin. Il y a deux ans, une crise hémorrhoïdaire avec tumeurs procidentes, que le malade a rentrées lui-même. Depuis, tous les mois, le malade trouve, à peu près à la même époque (vers la fin du mois), un peu de sang dans ses selles, sans crise douloureuse.

1895 — En examinant le malade on enfonce facilement, au niveau de l'éventration, les mains dan le bassin. Sous la peau qui forme là à elle seule la paroi, en refoulant les anses intestinales

qui gargouillent, on suit très exactement la ligne innominée du côté droit, jusqu'à la colonne lombaire. L'artère iliaque externe bat contre le détroit supérieur dans la moitié antérieure, mais en arrière elle fait un coude prononcé en dedans, facile à suivre grâce aux battements, coude qui plonge un peu dans le petit bassin. En dehors, dans la fosse iliaque interne, dans la concavité de ce coude, on trouve une masse irrégulière, dure, un peu douloureuse et dont les contours ne peuvent être marqués nettement. Au delà, lorsqu'on arrive sur la colonne vertébrale, l'artère reprend sa direction Le volume de cette masse immobile et adhérente dans la fosse iliaque est très difficile à apprécier, il ne dépasse pas celui d'un poing d'adulte.

OBSERVATION II

Hôtel-Dieu de Lyon. M. Laroyenne.

Tumeur péripelvienne. Ablation. Guérison.

(Observation recueillie par M. Humbert-Mollière, interne du service).

En publiant cette nouvelle observation de tumeur péripelvienne, mon but est d'attirer l'attention sur une catégorie de productions morbides qui ne paraissent pas avoir été décrites dans les traités classiques de pathologie chirurgicale. Les tumeurs péripelviennes qui ne se rencontrent jamais que chez la femme, sont ordinairement des fibromes, des sarcomes, ou des fibro-sarcomes tout à la fois. Elles se développent sur les parties latérales et inférieures de l'abdomen, entre les muscles et le péritoine, et présentent un pédicule adhérent au bassin. Leur marche est lente, graduelle ; toutefois elles peuvent finir par acquérir un volume considérable et faire saillie du côté de l'encavation pelvienne, de façon à ne plus pouvoir être extirpées. Elles exigent, pour être entièrement enlevées, une dissection des plus minutieuses. Jamais elles ne paraissent avoir récidivé, même après une ablation incomplète. Signalées pour la première fois en 1861 par M. Gosselin (Société de Chirurgie), MM. Hugier, Michon, Nélaton et Chassaignac en rapportèrent d'autres

exemples, et M. le docteur Bodin les a décrites dans sa thèse inaugurale (Paris, 1861, n° 137), qu'on peut considérer comme le seul document important que nous ayons sur ce sujet. L'observation résume en grande partie leur histoire.

Louise-J. T..., âgée de 36 ans, entre le 9 mars 1869, salle Saint-Paul, n° 70, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Laroyenne. Cette femme, petite, mais bien conformée, est manifestement hystérique, et depuis un certain temps atteinte de leucorrhée. Il y a environ trois ans, elle vit se développer, un peu au-dessus du pli de l'aine du côté droit, une petite tumeur de la grosseur d'une noix, à marche d'abord lente, mais qui depuis trois mois aurait augmenté d'un tiers. Aujourd'hui (10 mars), on constate dans cette région une tumeur du volume de la tête d'un fœtus à terme, dure, uniforme et fixe quand, couchée, elle fait effort pour s'asseoir. On perçoit en un point de la tumeur une légère sensation de fluctuation, mais obscure, douteuse, au point que plusieurs personnes qui suivaient le service se refusèrent à l'admettre. Depuis quelque temps enfin, la malade éprouve quelques élancements dans la région.

Dimensions de la tumeur : diamètre transversal, 21 à 22 centimètres ; diamètre vertical, 20 à 21 centimètres.

6 avril. On s'est décidé à l'opération. La malade ayant préalablement été endormie avec l'éther, M. Laroyenne pratique une incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans à peu près parallèle au pli de l'aine et à 1 centimètre du ligament de Fallope, mesurant environ 12 centimètres de longueur. La peau, le fascia sous-cutané, et les feuillets réunis du petit oblique et du transverse sont successivement divisés, quelques artérioles, branches de l'épigastrique et de la sous-cutanée abdominales liées. Enfin on arrive sur la tumeur. Très bien limitée en dehors, sa base adhère si intimement au tissu cellulaire sous-péritonéal, qu'on se voit dans la nécessité de dénuder cette séreuse sur une étendue de la largeur d'une pièce de 2 francs, et qu'on est obligé, pour ne pas l'entamer, d'en abandonner au fond de la plaie une légère portion. Puis on applique une suture à points passés sur deux sondes en gomme,

et l'on fait un pansement simple, maintenu à l'aide d'un bandage de corps. Lavement simple.

La tumeur enlevée présente le volume que nous avons indiqué. A la coupe, elle paraît être fibreuse; sa couleur est d'un blanc nacré. Nulle part on ne rencontre de sac. Il existe dans son intérieur un kyste de la grosseur d'un œuf de poule, plein d'un liquide clair qui n'a pu être examiné. Il est situé à la partie antéro-supérieure de la tumeur. C'est évidemment lui qui donnait au doigt cette sensation de flot dont nous avons parlé. Tout autour de lui on en rencontre d'autres probablement en voie d'évolution, et par conséquent beaucoup moins considérables. Cette production morbide paraît être presque exclusivement composée de tissu fibro-sarcomateux, prenant en certains points tout à fait les caractères du tissu fibreux.

6 avril. Le ventre n'est pas ballonné. Douleur localisée au niveau de la plaie. La malade a vomi.

Pouls à 128. Vin de Bordeaux. Potion avec 8 centigrammes d'extrait thébaïque.

8 avril. Pouls à 120. La suppuration s'établit; on enlève un point de suture Douleur fixe au sommet de la plaie : on y introduit une mèche de charpie. Bon état général.

11 avril. Toute la partie moyenne de l'incision est réunie par première intention. La malade commence à manger.

12 avril. Pouls 104. Température axillaire 36° 3/5. Constipation depuis six jours ; aujourd'hui, tympanite légère, qu'on attribue aux 8 centigrammes d'opium qu'elle prend chaque jour depuis l'opération. En conséquence on prescrit un suppositoire à la belladone.

17 avril. On enlève le quatrième fil. Hier la malade a été du ventre sans suppositoire.

18 et 19 avril. On enlève toutes les sutures.

26 avril. Plaie complètement cicatrisée L'état général est parfait. La malade part avec une ceinture hypogastrique pour contenir l'intestin et prévenir une éventration.

4 juillet. Elle revient croyant à une récidive de sa tumeur. Il s'agit tout simplement d'une légère éventration, pour laquelle on la conseille de renforcer son bandage à l'aide de deux tiges de baleine.

Reflexions. — Nous insisterons d'abord sur la rareté du siège de la tumeur à droite, contrairement aux observations de M. Bodin; puis, sur l'absence de pédicule adhérent au squelette, contrairement encore à ce qui a été mentionné en troisième lieu sur l'existence d'une membrane kystique entourant la production morbide, dont elle rendait la nature en quelque sorte parasitaire. Ces tumeurs, qu'on pourrait peut-être appeler fibreuses ou fibro-sarcomateuses sous-péritonéales de la paroi abdomino-pelvienne antérieure, ont toujours été jusqu'à présent extirpées avec succès, et aucune des malades n'a succombé aux suites de l'opération bien que le péritoine ait été ouvert (Nélaton), largement dénudé (Laroyenne) ou qu'une péritonite se soit déclarée (Huguier). Enfin, quoique des fragments aient été abandonnés dans la plaie, de même que dans une observation de M. Gosselin, nous n'avons eu ni retard dans la cicatrisation, ni récidive, (cinq mois se sont écoulés depuis l'opération); fait bien remarquable, et qui semblerait prouver qu'une tumeur renfermant à la fois les éléments du tissu fibreux et du tissu sarcomateux n'expose pas certainement à la récidive.

OBSERVATION III

Cornils. — Thèse inaugurale de Kiel, 1865.

Femme de 34 ans. Fibrome intra-pariétal à droite de l'ombilic, adhérent au péritoine, blessé pendant l'opération ; on laisse *une partie de la tumeur*. Guérison. Mort deux ans après, de suite de couches. Ce qui restait de la tumeur avait augmenté pendant cette grossesse.

OBSERVATION IV

Cornils. — Thèse inaugurale de Kiel, 1865.

Femme de 29 ans. Tumeur fibro-plastique au-dessous de l'ombilic, surtout à droite. Volume d'une tête d'adulte. On l'enlève par morceaux mais *pas entièrement*. Guérison.

V

CONCLUSIONS

I. — Il faut toujours, quand on le peut, enlever radicalement les tumeurs fibreuses ou fibro- sarcomateuses des parois abdominales.

II. — Toutes les fois qu'au cours de l'opération on se trouvera en présence d'adhérences dont la dissection mettrait en danger la vie du malade (intestins, gros vaisseaux) ou compromettrait la fonction d'un membre (gros tronc nerveux), il est préférable d'abandonner, après morcellement, une petite portion de la tumeur.

III. — La récidive, dans ces cas d'ablation incomplète, n'est pas fatale.

IV. — La grossesse exerce sur le reliquat de ces tumeurs une influence manifeste en les augmentant de volume, mais il n'est pas prouvé que cet accroissement ne cesse pas avec la période puerpérale.

VI

BIBLIOGRAPHIE

1850. *Sappey*. — Gazette des hôpitaux, janvier, p. 29.
1850. *Limange*. — Gazette des hôpitaux, 14 février.
1855. *Verneuil*. — Société de biologie, 2e série, T. II, p. 183.
1861. *Bodin*. — Thèse Paris.
1862. *Nelaton*. — Gazette des hôpitaux, février, p. 77.
1864. *Chairou*. — Bulletin de la Société de chirurgie.
1865. *Cornils* (de Kiel). — Thèse.
1869. *Herygoyen*. — Gazette des hôpitaux, p. 450.
1870. *Baker-Brown*. — Medical Times and Gazette.
1873. *Panas*. — Gazette des hôpitaux, p. 677.
1875. *Suadicani*. — Thèse de Kiel.
1877. *Guyon*. — Tribune médicale.
1878. *Salesse*. — Thèse de Paris.
1878. *Bard*. — Lyon Méd., p. 301.
1878. *Nicaise*. — Société de chirurgie.
1879. *Grätzer*. — Thèse de Breslau.
1879. *Thomas*. — American journal of Obstetrics, p. 573, T. XIII.
1879. *Hauks*. — American journal of Obstetrics, p. 126, T. XII.
1880. *Cornélius William*. — New-York Med. journal, janvier.
1880. *Bouilly*. — Thèse d'agrégation.
1880. *Rokitanski*. — Wiener medical Press.
1882. *Skliffosowski*. — Moscou.
1883. *Hertzog*.

1883. *Guerrier.* — Thèse Paris.
1884. *Macksoud-Cherbetian.* — Thèse Paris.
1884. *Bruntzel* — Deutch medical Wochen, n° 25.
1884. *Säuger.* id.
1884. *Weintechner.* — Wiener med. Blatter, vol. 1.
1884. *David Cheever.*— Boston med. and chirurgical, février, p. 181.
1884. *Damalix.* — Thèse Paris.
1884. *Terrillon.* — Bulletin de la Société de chirurgie, XI, p. 921.
1887. *Howard A Kelly.* — Journal of American med., 11 décembre.
1887. *Weir.* — New-York med. record, n° 23, december.
1888. *Labbé et Remy.*
1888. *Segond.* — Semaine médicale, p. 457.
1888. *Pic.* — Lyon-Médical, p. 319, 1er juillet.
1889. *Kirmisson.* — Bulletin de la société de chirurgie, XV, n° 6, p. 442.
1890. *Fink.* — Prager med. Wochen, n° 46.
1890. *Idem.* — Prager med., n° 37.
1890. *Stiller.* — Wien med. Press, n° 50.
1890. *Lange.* — Tubinge, p. 27.
1890. *Weven.* — Thèse Paris.
1891. *Ledru.* — 5e congrès français de chirurgie.
1891. *Noget.* — Gazette medicale, Paris, 16 mai.
1893. *Temoin.* — 7e congrès de chirurgie.
1894. *Berger.* — Société de chirurgie, mai.
1894. *Verneuil et Quénu.* — Discussion. Société de chirurgie, mai.
1895. *Reclus.* — Société de chirurgie, avril.

Le Mans. — Association ouvrière, 5, rue du Porc-Epic (Hetrot, Guénet et Cie).